



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

**TRABAJO DE GRADUACION PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO DE ODONTOLOGO**

TEMA:

Tratamiento Odontológico en niños con síndrome de Down

AUTOR:

Mayra Nereyda Moreno Arreaga

TUTOR:

Dra. Alice Gómez Nan

Guayaquil, Junio del 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de graduación:

Nombrados por el Honorable Concejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Titulo de tercer nivel de Odontólogo.

El trabajo de graduación se refiere a: **“Tratamiento odontológico en niños con síndrome de Down”**

Presentado por:

Moreno Arreaga Mayra Nereyda

092101929-5

Apellidos y Nombres

Cedula de Identidad

TUTORES

Dra. Alice Gómez Nan
Tutor Académico

Dra. Alice Gómez Nan
Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz
Decano

Guayaquil, Junio del 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a la propiedad intelectual del estudiante.

Mayra Nereyda Moreno Arreaga

092191929-5

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme ayudado en los momentos duros de mi carrera.

A mi mamá por apoyarme siempre en todo momento y creer siempre en mí ya que sin su ayuda no hubiese logrado un paso más en mi vida.

A mis maestros por el conocimiento científico y práctico brindado por su apoyo ético, lógico y moral que construyó mi persona a lo largo de estos años en una profesional capaz de mejorar la calidad de vida de una sociedad, les quedo eternamente agradecida.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas que me brindaron su apoyo incondicional en todo momento, agradezco su manera de brindarme la fuerza necesaria para no decaer y seguir adelante con mi carrera anhelada desde pequeña.

También le dedico mi proyecto a mi mamá por todas sus enseñanzas , valores y apoyo incondicionales que siempre me han brindado en todo momento de mi vida, ya que es el motivo de mi existencia , gracias a ella soy quien soy hoy en día, me ha facilitado mis estudios escolares, secundarios y universitarios.

Además también quiero dedicarle este trabajo a mi enamorado por siempre creer en mí y saber darme las fuerzas cuando más las he necesitado.

INDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Carta de Aceptación de los Tutores.....	I
Autoría.....	II
Agradecimiento.....	III
Dedicatoria.....	IV
Indice General.....	V
Introducción.....	1
CAPITULO I	2
1. EL PROBLEMA	2
1.1. Planteamiento del Problema.....	2
1.2. Preguntas de Investigación.....	3
1.3. Objetivos.....	3
1.3.1. Objetivo General.....	3
1.3.2. Objetivos Específicos.....	3
1.4. Justificación.....	3
1.5. Viabilidad.....	
CAPITULO II	4
MARCO TEORICO	4
Antecedentes.....	4
2.1 Fundamentos teóricos.....	4
2.1.1. Que es un síndrome.....	5
2.1.1.1 Que es un síndrome de Down.....	6
2.1.1.2 Etiología.....	6
2.1.1.3 Rasgos físicos.....	7
2.1.2 Patologías asociadas en niños con síndrome de Down.....	7
2.1.2.1 Cardiopatías.....	8
2.1.2.2 Alteraciones gastrointestinales.....	9
2.1.2.3 Trastornos endocrinos.....	9
2.1.2.4 Trastornos de la visión.....	10
2.1.2.5 Trastornos de la audición.....	10
2.1.2.6 Trastornos odontoestomatologico.....	10

2.1.3 Problemas periodontales en pacientes con síndrome de Down.....	12
2.1.3.1 Tratamiento.....	11
2.1.4 Primera consulta odontológica.....	12
2.1.4.1 Examen radiográfico.....	13
2.1.4.2 Odontología preventiva.....	13
2.1.5 Cuidados en el hogar	14
2.1.5.1 Dieta y nutrición.....	16
2.1.6 Exposición de los fluoruros.....	17
2.1.7 Prevención del uso de sellantes.....	17
2.1.8 Categoría en el manejo de los pacientes con retardo mental.....	18
2.1.9 Manejo de la conducta del paciente infantil.....	18
2.1.9.1 Restricciones físicas.....	19
2.1.9.2 Recursos farmacoterapéuticos.....	19
2.2 Elaboración de la hipótesis.....	20
2.3 Identificación de las variables.....	20
2.3.1 Variable independiente.....	20
2.3.2 Variable dependiente.....	20
2.3.3 Variable interviniente.....	20
2.4 Operacionalización de las variables.....	21
CAPITULO III	
3. METODOLOGIA.....	22
3.1. Lugar de la Investigación.....	22
3.2 Periodo de la Investigación.....	22
3.3 Recursos Empleados.....	22
3.3.1 Recursos Humanos.....	22
3.3.2 Recursos Materiales.....	22
3.4. Universo y Muestra.....	22
3.5. Tipo de Investigación.....	23
3.6. Diseño de la Investigación.....	23
CAPITULO IV	
4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	24
4.1 Conclusiones.....	24
4.2 Recomendaciones.....	24
Bibliografía.....	26

Anexos.....31

INTRODUCCION

Uno de los mayores problemas de salud no resueltos en las personas con capacidades diferentes es la atención dental, dentro de los factores que influyen para que estos pacientes no reciban una adecuada atención encontramos principalmente la falta de información y temor de los padres, así como el desinterés y poca información de los profesionales de la salud en cuanto a la importancia de la salud bucal, a veces parece ser que consideran innecesario el tratamiento dental.

Estos pacientes generalmente presentan alteraciones bucales muy importantes que al no ser atendidos desencadenan otros problemas que repercuten negativamente en su salud general.

Se debe tomar en cuenta que la visita desde los primeros meses de vida del paciente con el odontólogo traerá grandes beneficios en su salud bucal, este proyecto le dará toda la información acerca de los cuidados y las diferentes formas de efectuar un cepillado diario correcto y adecuado a la edad y condición de cada paciente y detectar a tiempo cualquier alteración que se pudiera presentar en la boca de ellos.

Es importante establecer un programa de higiene oral individual, ya que de acuerdo a la discapacidad y al grado de cooperación podremos definir qué tipo de cuidado estableceremos con cada paciente.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestros días hay una política de inclusión a la sociedad, tanto así que el actual gobierno ha expedido una ley sobre discapacidades tendientes a mejorar la calidad de vida del paciente con capacidades diferentes, por lo tanto es necesario que el nuevo profesional maneje conocimientos básicos para brindarle tratamiento a estos pacientes. Ya que nosotros como odontólogos también estamos inmersos en ellos con la obligación moral y ética de trabajar en proyectos dirigidos a personas con capacidades diferentes.

¿Cuál es la importancia del tratamiento odontológico en niños con síndrome de down en el año 2011?

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Es igual el tratamiento en pacientes con síndrome de Down que en un paciente normal?
- ¿Cuál sería el protocolo básico para atender a un paciente con síndrome de Down?
- ¿Cuál sería el pronóstico en tratamientos realizados a un paciente con síndrome de Down?
- ¿De quien depende que el pronóstico de los tratamientos con síndrome de Down sea favorable?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVOS GENERAL.

Determinar el tratamiento odontológico ideal en niños con síndrome de Down en el año 2011.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Crear una obra que sirva de guía para el profesional y el estudiante que requiera brindar atención a un paciente con síndrome de Down.

Conocer el tratamiento elemental para atenderlos en primera instancia y luego poder remitirlo a un especialista.

Ayudar a la revalorización y elevación de autoestima de familiares y pacientes con capacidades diferentes.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación se realizara con el fin de brindar conocimiento más amplio a los alumnos y docentes sobre el protocolo a seguir de cómo debe atenderse a un paciente con síndrome de Down, debido a que estos pacientes son muy frecuente en una consulta odontológica.

Esta investigación nos va a proporcionar suficiente información como debe ser el tratamiento odontológico en pacientes con síndrome de Down.

1.5. VIABILIDAD

Esta investigación es viable ya que se cuenta con la infraestructura, herramientas técnicas de las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología así como el recurso humanos para ser llevada adecuadamente.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES.

El dato arqueológico más antiguo del que se tiene noticia sobre el síndrome de Down es el hallazgo de un cráneo sajón del siglo VII, en el que se describieron anomalías estructurales compatibles con un varón con dicho síndrome.

Esta patología antiguamente para los padres era como un mito ya que no permitían que sus hijos salgan de la casa prácticamente los mantenían escondido y la forma de resolver sus problemas dentales era haciéndole extraer todos los dientes.

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS.

2.1.1 QUE ES UN SINDROME.

Es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos, que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología, por lo que es muy común que las personas que poseen algún síndrome presenten rasgos fenotípicos similares.

Todo síndrome es una entidad clínica que asigna un significado particular o general a las manifestaciones semiológicas que la componen, Si bien por definición síndrome y enfermedad son entidades clínicas con un marco conceptual diferente

2.1.1.1 Síndrome de Down.

Es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21, en vez de los dos habituales que quiere decir la trisomía 21 caracterizado por la presencia de un grado variable de trisomía 21. El síndrome de Down representa uno de los más comunes resultantes de la aberración cromosómica

No se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35

años. Las personas con Síndrome de Down tienen una probabilidad algo superior a la de la población general de padecer algunas patologías, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más

2.1.1.2 Etiología.

Las células del ser humano poseen cada una en su núcleo 23 pares de cromosomas. Cada progenitor aporta a su descendencia la mitad de la información genética, en forma de un cromosoma de cada par. 22 de esos pares se denominan autosomas y el último corresponde a los cromosomas sexuales (X o Y).

Tradicionalmente los pares de cromosomas se describen y nombran en función de su tamaño, del par 1 al 22 (de mayor a menor), más el par de cromosomas sexuales antes mencionado. El cromosoma 21 es el más pequeño, por lo que debería ocupar el lugar 22.

El cromosoma 21 contiene aproximadamente el 1% de la información genética de un individuo en algo más de 400 genes, aunque hoy en día sólo se conoce con precisión la función de unos pocos.

La mayor parte de las personas con este síndrome (95%), deben el exceso cromosómico a un error durante la primera división meiótica (aquella por la que los gametos, óvulos o espermatozoides, pierden la mitad de sus cromosomas) llamándose a esta variante, “trisomía libre” o regular. El error se debe en este caso a una disyunción incompleta del material genético de uno de los progenitores. (En la formación habitual de los gametos el par de cromosomas se separa, de modo que cada progenitor sólo transmite la información de uno de los cromosomas de cada par. Cuando no se produce la disyunción se transmiten ambos cromosomas). No se conocen con exactitud las causas que originan la disyunción errónea. Como en otros procesos similares se han propuesto hipótesis multifactoriales (exposición ambiental, envejecimiento celular...) sin que se haya conseguido establecer ninguna relación directa entre ningún agente causante y la aparición de la trisomía. El único factor que presenta una asociación estadística estable con el síndrome es la edad materna, lo que parece apoyar las teorías que hacen hincapié en el deterioro del material genético con el paso del tiempo

En aproximadamente un 15% de los casos el cromosoma extra es transmitido por el espermatozoide y en el 85% restante por el óvulo.

2.1.1.3 Rasgos físicos.

Los rasgos físicos de una persona con síndrome de Down es que son un perfil facial y occipital plano es decir su cabeza es braquicefálica, la nariz nasal deprimida y su puente esta subdesarrollado, los ojos tendrían una inclinación hacia arriba y afuera y muestran un epicanto en el ángulo interno del ojo, cuello corto y ancho exceso de pliegue epidérmico nuchal La mayoría de los niños con síndrome de Down alcanzan un desarrollo mental dentro de la gama de moderada a severamente retardado.

El niño con síndrome de Down presenta a menudo un maxilar superior pequeño que genera diversas situaciones bucales y dentarias. La lengua puede protruir realmente o aparentemente y la boca suele estar abierta.

Las desarmonías oclusales acompañan esta observación, es común la oclusión mesial. Los dientes son más pequeños y la cantidad de irregularidades dentarias es más frecuente que en las poblaciones normales. Muchos estudios enfatizaron la presencia de enfermedad periodontal severa en el síndrome de Down. Sin embargo, se ha visto que la incidencia de caries es menor que la hallada en las poblaciones normales.

Es frecuente hallar una lengua fisurada, con una incidencia 50 % superior a la población normal. También se observo macroglasia, si bien la lengua en la mayoría de las instancias es de tamaño normal.

Además presenta microdoncia, paladar ojival, clinodactilia del quinto dedo de las manos (crecimiento recurvado hacia el dedo anular), pliegue palmar único, y separación entre el primer y segundo dedo del pie. Las patologías que se asocian con más frecuencia son las cardiopatías congénitas y enfermedades del tracto digestivo (celiaquía, atresia/estenosis esofágica o duodenal, colitis ulcerosa). Los únicos rasgos presentes en todos los casos son la atonía muscular generalizada (falta de un tono muscular adecuado, lo que dificulta el aprendizaje motriz) y la discapacidad cognitiva aunque en grados muy variables. Presentan, además, un riesgo superior al de la población general, para el desarrollo de patologías como leucemia (leucemia mieloide aguda), diabetes, hipotiroidismo, miopía, o luxación atloaxoidea (inestabilidad de la

articulación entre las dos primeras vértebras, atlas y axis, secundaria a la hipotonía muscular y a la laxitud ligamentosa).

Todo esto determina una media de esperanza de vida entre los 50 y los 60 años, aunque este promedio se obtiene de una amplia horquilla interindividual (las malformaciones cardíacas graves o la leucemia, cuando aparecen, pueden ser causa de muerte prematura). El grado de discapacidad intelectual también es muy variable, aunque se admite como hallazgo constante una discapacidad ligera o moderada. No existe relación alguna entre los rasgos externos y el desarrollo intelectual de la persona con SD.

2.1.2 PATOLOGIA ASOCIADAS MAS FRECUENTES EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN.

2.1.2.1 Cardiopatías.

En un 50% de los recién nacidos con síndrome de Down presentan una cardiopatía congénita, es decir, una patología del corazón presente en el momento del nacimiento del niño, siendo estas la causa principal de mortalidad en niños con Síndrome Down. Casi la mitad de ellas se corresponden con defectos del septo aurículo-ventricular (ausencia de cierre más o menos completa de la pared que separa aurículas y ventrículos). Una tercera parte son defectos de cierre del septo ventricular y con menos frecuencia se encuentran otras patologías como ostium secundum, ductus arterioso persistente o tetralogía de Fallot.

En general casi todos estos defectos provocan paso inapropiado de sangre desde las cavidades izquierdas del corazón a las derechas, aumentando la circulación pulmonar. La tetralogía de Fallot, en cambio, provoca un cortocircuito inverso, por lo que disminuye el flujo sanguíneo pulmonar y aparece cianosis (color azulado por la deficiente oxigenación de la sangre), sobre todo en crisis de llanto o esfuerzos. Esta es una patología grave que precisa cirugía, habitualmente en el primer año de vida, para reparar los defectos.

Es frecuente que el examen clínico del recién nacido no ofrezca datos de sospecha por lo que pueden quedar sin diagnosticar en la etapa neonatal hasta

un 50% de los recién nacidos con cardiopatía congénita. Por este motivo se recomienda la realización de una ecografía del corazón a todo recién nacido con Síndrome Down. En la etapa de adolescencia o adulto joven pueden aparecer defectos en las válvulas cardíacas. Los adultos con Síndrome Down presentan, en cambio, menor riesgo de arterioesclerosis y unas cifras de tensión arterial inferiores a las de la población general, por lo que se consideran un grupo poblacional protegido frente a enfermedad coronaria.

2.1.2.2 Alteraciones gastrointestinales.

Las anomalías o malformaciones digestivas asociadas al Síndrome Down sus anomalías son muy amplias y variables, pero las que presentan una mayor incidencia son la atresia esofágica, la atresia o estenosis duodenal, las malformaciones anorrectales, el megacolon agangliónico (Enfermedad de Hirschsprung) y la celiaquía.

La atresia esofágica consiste en la interrupción de la luz del esófago este se encuentra “obstruido” por un desarrollo incompleto.

El riesgo de aparición en niños con Síndrome Down es casi 30 veces superior al de la población general, y precisa tratamiento quirúrgico precoz para impedir aspiración de saliva, alimento a la vía aérea y permitir el tránsito adecuado de alimentos hasta el estómago. Un cuadro similar se presenta en la atresia o estenosis duodenal (atresia: obstrucción total, estenosis: obstrucción parcial), pero en este caso en la porción de intestino situada inmediatamente tras el estómago.

Puede deberse a una compresión mecánica del páncreas por una anomalía en su desarrollo denominada “páncreas anular”. Esta malformación (la atresia duodenal) aparece hasta en el 8% de los niños recién nacidos con Síndrome Down. El ano imperforado es la malformación anorrectal más frecuente en niños con Síndrome Down. Su diagnóstico es clínico y su tratamiento quirúrgico. Otros trastornos relativamente frecuentes son el megacolon, o dilatación excesiva de la porción distal del tracto digestivo por un defecto en la relajación y la enfermedad celíaca (intolerancia digestiva al gluten), que aparecen también con una frecuencia superior a la que se presenta en recién nacidos sin el síndrome.

2.1.2.3 Trastornos endocrinos.

Las personas con Síndrome Down de cualquier edad tienen un riesgo superior al promedio de padecer trastornos tiroideos. Casi la mitad presentan algún tipo de patología de tiroides durante su vida. Suele tratarse de hipotiroidismos leves adquiridos o autoinmunes que en muchos casos no precisan tratamiento, aunque cuando su gravedad lo requiere deben instaurarse lo más precozmente posible para no ver comprometido el potencial de desarrollo intelectual.

2.1.2.4 Trastornos de la visión.

Más de la mitad de las personas con SD presentan durante su vida algún trastorno de la visión susceptible de tratamiento o intervención. El astigmatismo, las cataratas congénitas o la miopía son las patologías más frecuentes. Dada la enorme importancia que la esfera visual supone para el aprendizaje de estos niños se recomiendan controles periódicos que corrijan de manera temprana cualquier déficit a este nivel.

2.1.2.5 Trastornos de la audición.

La particular disposición anatómica de la cara de las personas con Síndrome Down determina la aparición frecuente de hipoacusias de transmisión (déficits auditivos por una mala transmisión de la onda sonora hasta los receptores cerebrales). Esto es debido a la presencia de patologías banales pero muy frecuentes como impactaciones de cerumen, otitis serosas, colesteatomas o estenosis del conducto auditivo, lo que ocasiona la disminución de la agudeza auditiva hasta en el 80% de estos individuos.

2.1.2.6 Trastornos odontoestomatológicos.

Las personas con Síndrome Down tienen una menor incidencia de caries, pero suelen presentar con frecuencia trastornos morfológicos por malposiciones dentarias, agenesia (ausencia de formación de alguna pieza dentaria), o retraso en la erupción dentaria. Son necesarias revisiones periódicas para una corrección precoz de los trastornos más importantes o que comprometan la función masticatoria o fonatoria.

2.1.3 PROBLEMAS PERIODONTALES EN PACIENTES CON SINDROME DE DOWN.

El cuadro periodontal se caracteriza por su progresión rápida y severa, con afectación de la zona anteroinferior y de los molares superiores. Cursa también con importantes pérdidas del soporte óseo, recesiones, movilidad y pérdida prematura de los incisivos inferiores, si no se ponen en tratamiento. En ocasiones pueden presentarse casos de GUNA.

La presencia de múltiples defectos en la inmunidad celular y humoral y el trastorno de las funciones quimiotácticas y fagocitarias (alteración en los neutrófilos y monocitos) son las causas más probables de la destrucción periodontal, de tal manera, que al igual que en la periodontitis de aparición temprana (o “agresiva”) hay una afectación temprana de la dentición (incluso a veces de la dentición temporal).

A pesar del mal estado de la higiene oral que presentan gran parte de estos pacientes, la gravedad de las lesiones no suele corresponderse con el grado de acumulo de placa, como ocurre en la periodontitis juvenil, presentando las lesiones una distribución muy similar a esta enfermedad (afectación de incisivos inferiores y zonas mesiales de los primeros molares) con una mayor tendencia a presentar bolsas profundas que otros pacientes con discapacidad psíquica.

El mantenimiento será meticuloso y no muy dilatado en el tiempo, usando como antiséptico la clorhexidina en enjuagues o geles de digluconato de clorhexidina al 0.12% el mantenimiento debe ser estricto, estando recomendados en ocasiones el uso de cepillos eléctricos.

Con respecto al tratamiento periodontal correctivo (cirugía periodontal) en estos pacientes, creemos que debe reservarse para casos muy particulares, en los que estamos seguros que el mantenimiento va a ser el adecuado, ya que si no es así podría ser contraproducente, incluso.

No existe mucha bibliografía aún sobre los resultados a medio plazo del tratamiento con implantes en el paciente con síndrome de Down. En ocasiones podría estar indicado, pero dada las características particulares de estos pacientes ya analizadas (dificultades en la higiene, parafunciones, alteraciones oclusales, alteraciones en la respuesta inflamatoria), hoy día creemos que debe

reservarse para casos muy seleccionados, en donde prácticamente no exista otra opción terapéutica, y podamos asegurarnos que el mantenimiento será el adecuado. En la mayor parte de las ocasiones, éste tratamiento ha de llevarse a cabo utilizando la sedación profunda o la anestesia general.

2.1.3.1 Tratamiento.

El tratamiento odontológico para una persona con discapacidad se caracteriza por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional.

El odontólogo debe evaluar el grado de discapacidad consultando a su médico del paciente o al personal de la institución si el paciente no vive con sus padres.

Los siguientes procedimientos han demostrado su eficacia para establecer relaciones paciente-odontólogo armónica y para reducir la ansiedad del paciente acerca de la atención odontológica.

De un pequeño paseo por el consultorio antes de intentar el tratamiento. Presente al paciente al personal del equipo asistencial. Esto familiarizara al paciente con el personal y con el diseño del consultorio y reduce el temor del paciente a lo desconocido.

Hable con lentitud y con términos sencillos. Asegúrese de que sus explicaciones son comprendidas preguntando a los pacientes si tiene alguna pregunta que formular.

De solamente una instrucción por vez. Premie al paciente con felicitaciones luego de la terminación feliz de cada procedimiento.

Escuche atentamente al paciente. Las personas discapacitadas a menudo tienen trastornos de comunicación y el odontólogo debe ser particularmente sensible a los gestos y pedidos verbales.

Haga sesiones cortas. Avance gradualmente hacia procedimientos más difíciles (anestesia y restauraciones) después de que el paciente se haya acostumbrado al ambiente del consultorio.

Programe la atención del paciente para horas temprano del día, cuando el odontólogo, su equipo asistencial y el paciente estarán menos fatigados. Con preparación adecuada, el odontólogo y su equipo pueden brindar servicios valiosos.

Mediante la comprensión integral del grado de discapacidad del paciente y de sus facultades y ejercitando la paciencia y la comprensión.

2.1.4 PRIMERA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

El examen odontológico inicial para un niño discapacitado no es distinto del examen inicial. Debe prestarse atención especial a la obtención de una historia médica y odontológica completa.

Son necesarios los nombres y direcciones de los profesionales médicos y odontólogos que hayan tratado anteriormente al paciente, para poder hacer las consultas que se requieran. La consulta con estos especialistas es habitual y ayuda a obtener el discernimiento necesario para el manejo y la planificación del caso.

La primera consulta odontológica es muy importante y puede dar la pauta de las sesiones anteriores. Si se acuerda un horario temprano, permitiendo el tiempo suficiente para conversar con los padres y el paciente antes de iniciar la atención propiamente dicha, el profesional podrá establecer una buena relación con los padres y el paciente. Es conveniente enviar una nota poco antes de la visita para explicar brevemente a la familia de que se trata la consulta inicial; luego de esa consulta, otra nota breve que les haga saber cuán útiles fueron, será de gran beneficio. Esta demostración inicial de sincero interés en el niño a menudo de muestra ser ventajosa y ahorra tiempo durante todo el proceso del tratamiento.

2.1.4.1 Examen radiográfico.

A menudo son necesarios registros radiográficos adecuados para planificar el tratamiento odontológico para el niño discapacitado. Mediante el manejo apropiado de la conducta del niño, el odontólogo usualmente puede llevar a cabo el estudio radiográfico completo de los dientes cuando está indicado. En ocasiones puede ser necesaria la ayuda de los padres o de la asistente para obtener las radiografías. Con algunos niños podrá lograrse mayor cooperación si se posterga la toma de radiografías hasta la segunda visita, cuando estarán más familiarizados con el consultorio.

Para pacientes con capacidad limitada para controlar la posición de la placa se usan películas intraorales con aleta mordible para todas las radiografías

interproximales y periapicales. Se adosa a la aleta, a través de un orificio practicado en ella, un hilo de seda dental de 45 cm de longitud, para facilitar la recuperación de la placa si esta cayese en la faringe. Independientemente del tipo de radiografías que se han de tomar el paciente debe vestir un delantal plomado con escudo para tiroides y todos los que ayuden a mantener en posición al paciente y la placa vestirán también un delantal y guantes plomados.

2.1.4.2 Odontología preventiva.

La prevención de las enfermedades orales antes de que comiencen es la forma más conveniente de asegurar una buena salud bucal a todo paciente odontológico. Un programa de odontología preventiva efectivo es especialmente importante para los niños discapacitados a causa de los factores predisponente que hacen más difícil de obtener, cuando sea necesario, atención odontológica restauradora. El odontólogo debe percibir las necesidades del paciente, asumir la responsabilidad de formular un programa individualizado para el niño y comunicar adecuadamente a los padres y al paciente como debe realizarse dicho programa. Dado que es necesaria una clara percepción de la situación por parte de todos los involucrados para el éxito de un programa preventivo, la comunicación adecuada es vital.

Como con el niño normal, el discapacitado debe disponer de un programa odontológico preventivo integral. Muchos niños normales son incapaces de satisfacer sus propias necesidades de atención hogareña y requieren de la supervisión de un padre o un tutor, de modo que queda patentemente claro que la mayoría de los niños discapacitados requerirían la supervisión de los padres o sustitutos.

Los investigadores Ettinger y Pinkham describieron tres componentes esenciales de un programa de prevención para la persona que deba supervisar la higiene bucal de un niño discapacitado. Ellas son: reclutamiento, educación y seguimiento.

Reclutamiento esta es la parte del programa que alerta al padre o al supervisor institucional acerca de las necesidades cotidianas en higiene bucal del niño.

Educación el programa educacional debe subrayar los puntos sobresalientes de la salud bucal y su mantenimiento que faculten al encargado en realizar las

técnicas de fisioterapia bucal hogareña requeridas por el niño. La parte educacional del programa puede ser educada al padre solo o al grupo de enfermeras o auxiliares que deban llevar a cabo el programa.

Seguimiento se incluye esta fase para vigilar el estado de salud dental del niño y la calidad de la fisioterapia bucal diaria que le provista. Se pretende no solo remotivar al encargado para que se haga cargo de las responsabilidades por la salud bucal del niño, sino además reforzar el programa educacional y continuar el adiestramiento en las técnicas de eliminación de la placa.

En aquellos casos en que el niño discapacitado es capaz de comprender la importancia de los procedimientos cotidianos de higiene bucal, y cuando sea bastante responsable como para asumir esa obligación, la naturaleza de la situación discapacitante podría limitar su capacidad para usar un cepillo dental convencional.

2.1.5 CUIDADOS EN EL HOGAR.

Los padres tienen la responsabilidad inicial de establecer una buena higiene oral. El refuerzo de los cuidados dentales en el hogar se brinda a través de los medios masivos de comunicación con otras personas y las actividades escolares. Este apoyo complementario alivia al odontólogo de ser el último responsable de explicar la necesidad de cuidados dentales en el hogar y aumenta la receptividad de padres y pacientes.

El odontólogo o la higienista tienen la responsabilidad de consultar con quien está a cargo del niño discapacitado. Este seguimiento es esencial para la implementación efectiva del plan de tratamiento preventivo.

Los cuidados dentales en el hogar deben comenzar en la primera infancia; el odontólogo debe instruir a los padres para que limpien suavemente los incisivos todos los días con una gasa o un cepillo dental infantil. Para los niños mayores que no quieren o no pueden cooperar por causas físicas, el odontólogo enseñara a los padres o tutores las técnicas correctas de cepillado que contengan con seguridad al niño cuando sea necesario.

Algunas de las posiciones usadas con más frecuencia con niños que requieran cuidados orales son las siguientes:

El niño de pie o sentado se ubica frente al adulto de manera que el adulto pueda rodear la cabeza del niño con una mano mientras usa la otra para cepillar los dientes.

El niño se recuesta sobre un sofá o cama, con su cabeza angulada hacia atrás y apoyada sobre el regazo del padre o de la madre. Aquí también la cabeza del niño es estabilizada con una mano mientras los dientes son cepillados con la otra.

Las nalgas del niño se ubican sobre el regazo del padre o la madre, de frente a estos; mientras su cabeza y hombros se apoyan en las rodillas del otro miembro de la pareja parental, permitiendo así que el primero cepille los dientes del niño.

El paciente extremadamente difícil es aislado en una zona abierta y reclinado sobre el regazo de quien habrá de cepillarlo.

En la actualidad la mayoría de los bebés con síndrome de Down y sus familias tienen la oportunidad de participar y beneficiarse de buenos programas de intervención temprana o estimulación precoz. Estos programas son dirigidos por un equipo de profesionales quienes orientan a las familias sobre múltiples aspectos en relación con los cuidados, la salud, los juegos, y especialmente el desarrollo y evolución de su hijo. En ocasiones es únicamente la familia quien, con sus propios recursos y formación, provee al niño de un ambiente enriquecedor y estimulante. A veces, desgraciadamente, hay familias aisladas y con pocos recursos que, por dificultades para acceder a un Centro de Estimulación, no logran con sus hijos tan buenos resultados como otras. Ya no existen dudas sobre la eficacia y beneficio reales de una atención y dedicación adecuadas durante los primeros años de la vida de cualquier niño

2.1.5.1 Dieta y nutrición.

Entender que se debe insistir en que dejen de comer todo con textura de puré. Si no hacen el esfuerzo muscular de masticar, la hipotonía será más grave. El ritmo de adaptación a las diferentes texturas debe ser el mismo que el de otros niños, sólo que en lugar de semanas, hay que esperar pacientemente algunos meses.

Cuando se inicia con la alimentación fuera de la leche materna, hay que cuidar que consuma alimentos de igual textura, por ejemplo, no mezclar una

mazamorrita aguada con trocitos de fruta cocida, pues corre el riesgo de atragantarse.

Empiece con purés espesos pero licuados. Después de ello ya puede probar con purés aplastados con tenedor. En el caso de las carnes puede continuar usando la licuadora.

Cuando vea que el niño ya domina esto, pruebe en partir los alimentos, deshilar las carnes, etc. y vea si el niño puede masticarlos.

Finalmente, aunque el niño aún no presente todos los dientes, preséntele alimentos en trozos, o parta los más difíciles y deje en trozos aquellos que pueda masticar con las encías.

Recuerde enseñarle a su niño, en cuanto esté en capacidad de aprender, que debe tomar su tiempo para masticar bien los alimentos y evitar así, problemas intestinales.

Siempre vigile que la dieta del niño sea baja en grasas, y prefiera siempre las de tipo vegetal (aceituna, palta, maní, pecanas) pero siempre controladas.

Debe tener una dieta balanceada, en caso de tener enfermedades del tracto digestivo habrá restricciones,

La dieta y nutrición influyen sobre la caries dental por afectar el tipo y la virulencia de los microorganismos de la placa, la resistencia de los dientes y sus estructuras de soporte y las propiedades de la saliva de la cavidad oral.

Se debe evaluar la dieta analizando con los padres su estudio, con la comprensión de que deben hacerse concesiones en ciertas situaciones que requieran modificaciones dietéticas. Por ejemplo, estados asociados con la dificultad en la deglución, como la parálisis cerebral grave, pueden requerir la alimentación del paciente con puré.

Debe destacarse la interrupción del uso de biberón a los 12 meses de edad y la cesación de la lactancia natural a voluntad después de que comiencen a erupcionar los dientes, para disminuir las caries en la lactancia.

Los hábitos a seguir en la alimentación de un niño con Síndrome de Down:

No darles toda la comida en puré, hay que acostumbrarles a masticar para mejorar su musculatura, siguiendo el mismo ritmo que con cualquier niño pero teniendo paciencia ya que a veces tardan más en acostumbrarse.

Cuando se comience la comida sólida intentar que todo tenga más o menos la misma textura y tamaño no mezclando los alimentos para que no se atragante.

Comenzar triturando los alimentos y más adelante probar a aplastarlos con el tenedor para que vaya aprendiendo poco a poco.

Cuando ya controle el masticar proporcionarle los alimentos cortados en trocitos para que experimente, aunque no tenga todos los dientes y mastique con las encías, recordándole que debe masticar bien los alimentos.

Procurarle una dieta baja en grasas decantándose más por las de tipo vegetal pero procurando que no le falte ninguno de los nutrientes necesarios en la alimentación.

2.1.6 EXPOSICION DE LOS FLUORUROS.

El uso juicioso de fluoruros sistemáticos es muy importante para el tratamiento integral de todo paciente odontológico. Debe ponerse énfasis en asegurar fluoruros sistemáticos adecuados para los pacientes discapacitados. El odontólogo debe determinar primero la concentración de fluoruros en el agua que utiliza diariamente el paciente. Si el nivel de agua de flúor está entre 0,7 y 1 ppm, normalmente no se requiere suplementación. Si el odontólogo no está seguro del nivel de flúor del agua potable del paciente, está indicado hacer un análisis del agua. Una vez documentado el nivel, puede hacerse la determinación de la necesidad de suplementación de fluoruros.

Ya sea que el paciente viva en un área fluorurada o no fluorurada, deben aplicarse fluoruros tópicos en un programa profiláctico regular supervisado profesionalmente.

2.1.7 PREVENCION DEL USO DE SELLANTES.

Los selladores de fosas y fisuras han demostrado que reducen efectivamente las caries oclusales. Los selladores son muy apropiados para la población discapacitada y deben usarse siempre que estén indicados. Un paciente que requiera atención bajo anestesia general debe recibir tratamiento restaurador de fosas y fisuras con o composita.

El uso de sellantes esta indicados para piezas dentarias sanas con el fin de protegerlas de las caries, estos sellantes se los aplica en fosas y fisuras de las piezas seis de cada arcada.

2.1.8 CATEGORIAS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON RETARDO MENTAL.

Menius describió seis categorías de conducta de los pacientes que son útiles para determinar el modo apropiado de manejo del paciente.

Clase I.- El paciente acepta muy bien los procedimientos odontológicos y puede ser manejado según la rutina.

Clase II.- Los pacientes de esta categoría son vacilantes ante el tratamiento odontológico, pero a causa de su habilidad para razonar y comunicarse, aceptan los procedimientos odontológicos después de una explicación apropiada.

Clase III.- Estos pacientes no aceptan los procedimientos odontológicos y a causa de su incapacidad para recibir información a través de la comunicación, no pueden ser convencidos para convertirse en buenos pacientes. Exigen restricción física y abre boca.

Clase IV.- Requieren no solo las restricciones físicas sino también premedicación para controlar su conducta. Estos pacientes suelen estar institucionalizados.

Clase V.- No se pueden tratar los severos problemas de manejo, con eficiencia, dentro del consultorio odontológico. Requieren anestesia general.

Clase VI.- Pacientes que no cooperan, que requieren un mínimo de tratamiento odontológico y por lo tanto no debe ser sometido al riesgo o al gasto económico de un anestésico general. Estos pacientes suelen ser tratables con restricción física leve.

2.1.9 MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE INFANTIL CON SINDROME DE DOWN.

El manejo con éxito en el niño con Síndrome de Down requiere ciertas consideraciones: uso eficiente de las técnicas psicológicas, restricciones físicas y enfoques farmacoterapéuticos desde la sedación leve a la anestesia general, para que puedan ejecutar procedimientos de diagnósticos tratamientos razonables de rutina.

Existen muchísimas técnicas para el manejo con éxito de los niños con Síndrome de Down. Muchos pueden ser manejados con las mismas técnicas convencionales de modificación de la conducta adecuada para niños normales

en una práctica odontológica. Sin embargo una gran cantidad no podrá ser manejada con las técnicas psicológicas. En estas circunstancias, el odontólogo debe evaluar las implicaciones individuales de los diversos métodos, sea el uso de premedicación para prevenir los movimientos corporales no controlables que impiden hasta el tratamiento más sencillo, sea que haya que recurrir a la rehabilitación dentaria bajo anestesia general. Aunque esta garantiza el máximo manejo de los pacientes, se debe tomar en cuenta el costo concurrente, el riesgo y el tiempo involucrados. Afortunadamente, con el uso de restricciones físicas específicas, muchos pacientes inmanejables pueden ser estabilizados durante los breves períodos necesarios para los procedimientos más sencillos.

2.1.9.1 Restricciones físicas.

El propósito de las restricciones es limitar o detener los movimientos de la cabeza, las extremidades o el torso del paciente. Esto puede lograrse muy sencillamente envolviendo al paciente en sabanas y asegurándolas con trozo de cintas adhesivas ancha.

Se pueden adaptar cinturones a los brazos del sillón para limitar el movimiento del paciente. Algunos pacientes con parálisis cerebral, que desean cooperar pero son incapaces de hacerlo como resultado de sus movimientos descontrolados, suelen verse muy ayudados por cinturones adaptados al asiento, no muy ajustados. Es esencial en estos casos explicarle al paciente que los cinturones que se utilizan para ayudarlos a ellos a limitar sus movimientos, no como una manera de controlarlos por la fuerza.

2.1.9.2 Recursos farmacoterapéuticos.

Odontológico El uso de la farmacoterapéutica para el control de la conducta del paciente puede ser muy ventajoso. Aunque la restricción del paciente puede permitir la estabilización de la mayoría de los movimientos, el tratamiento odontológico sigue siendo impracticable cuando el paciente esta excitado, lucha y pelea contra las restricciones. Los sedantes aliviaran una situación así. Son imperativos el cuidado y el buen juicio en la selección del agente, la vía de administración y la dosis. Para el paciente discapacitado es particularmente importante que el odontólogo tenga conocimiento de cualquier situación médica

que pueda comprometer la premedicaciones. De extrema importancia son la naturaleza y dosis de toda otra droga que el paciente pueda estar tomando habitualmente, en especial para las convulsiones, los ataques o la hiperactividad.

2.2 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS.

Si se conoce los métodos para tratar con un niño que presente síndrome de down, se le podrá brindar un mejor tratamiento odontológico.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

2.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.

Si se conoce los métodos para tratar con un niño que presente síndrome de down.

2.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE.

Se le podrá brindar un mejor tratamiento odontológico.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES			
Variable Independiente	Definición Conceptual	Indicadores	Ítem
Si se conoce los métodos para tratar con un niño que presente síndrome de down	El síndrome de Down es una alteración genética del cromosoma 21.	Para conocer las patologías que presentan en la cavidad bucal.	Mejor la atención menor trauma durante el tratamiento.
Variable Dependiente	Definición Conceptual	Indicadores	Ítem
Se le podrá brindar un mejor tratamiento odontológico	El tratamiento primario que se le debe dar a un paciente con síndrome de Down es el abordaje, profilaxis y fluorización	Para identificar la condición bucal que presenta el paciente.	Adecuación del consultorio para pacientes discapacitados.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA.

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.

Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.

Año 2011

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 RECURSOS HUMANOS.

Doctores Docentes

Estudiante de Odontología

Pacientes

3.3.2 RECURSOS MATERIALES.

- Sillón Odontológico
- Guantes
- Gorro
- Mascarilla
- Abre Boca
- Acido Grabador
- Fresas de Diamante
- Turbina de alta velocidad
- Sellantes
- Cubetas para Flúor
- Flúor

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA.

Esta investigación es de tipo descriptivo, por este motivo no cuenta con estudio de universo y muestra.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es de tipo descriptiva. Trabaja sobre realidades de hecho, su característica principal es la de presentar una interpretación correcta, en la caracterización de un hecho, estableciendo su estructura o comportamiento.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de la investigación que se utiliza es no experimental. Se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.

En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, si no que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Atender a un paciente con discapacidad como el síndrome de Down es igual como atender a un paciente normal, pero para poder lograr eso en un paciente discapacitado hay que ganarse primero su confianza.

En la primera cita deberíamos enfatizar en ganarnos la confianza del niño: entablando conversación y hacerle entender que somos sus amigos y que no le haríamos daño alguno.

Debido a que estos pacientes son muy colaboradores pueden captar las órdenes con facilidad siempre y cuando las sepamos dar, es decir donde más se debe trabajar es en la primera consulta ya que la colaboración del paciente va a depender del tipo de abordaje que realicemos con ellos, haciendo eficiente el uso de las técnicas psicológicas.

Se debe prestar atención especial a la obtención de una historia clínica completa para anotar cualquier anomalía que presente el paciente.

4.2. RECOMENDACIONES

Es recomendable en la primera consulta odontológica tomarse todo el tiempo necesario ya que es muy importante y puede dar la pauta de las sesiones anteriores.

Si se acuerda un horario temprano, permitiendo el tiempo suficiente para conversar con los padres y el paciente antes de iniciar la atención propiamente dicha, el odontólogo podrá establecer una buena relación con los padres y el paciente.

Es conveniente enviar una nota poco antes de la visita para explicar brevemente a la familia de que se trata la consulta inicial; luego de esa consulta, otra nota breve que les haga saber cuan útiles fueron, será de gran beneficio. Esta demostración inicial de sincero interés en el niño a menudo de muestra ser ventajosa y ahorra tiempo durante todo el proceso del tratamiento. Aprender a manejar más psicología infantil porque en estos pacientes con síndrome de down se requiere mucho de esta disciplina.

Estar al día con todos los materiales necesarios de prevención es de mucha ayuda debido que para la población discapacitada los sellantes de fosas y fisuras deben usarse siempre que estén indicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donald Ralph, Avery David, 1990, odontología pediátrica adolescente, México editorial panamericana, pag 554 – 569.
2. Garzón de, Morella. 1995. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Editorial Disinlimed, C.A. Venezuela, Caracas. 01 de junio del 2012.
3. Pinkham jr. 1991, odontología pediátrica, México, editorial interamericana, pag 193 – 194.
4. Raymond Braham, Merle Morris, 1989, odontología pediátrica, mexico editorial medica panamericana. Pag. 564 – 577.
5. Ripa, L., JT Barenie. 1979. Manejo de conducta odontológica del niño. Argentina. Buenos Aires. Editorial Mundi. 01 de junio del 2012.
6. Sidney Finm, 1976, odontología pediátrica, editorial interamericana, pag 552 559.

Fuente en línea

7. http://docente.ucol.mx/al028655/public_html/caracte.htm
8. <http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome>
9. http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Down
10. http://odontologiaa.mx.tripod.com/sindrome_down.html
11. <http://www.downgranada.org/el-sindrome-de-down/historia>
12. <http://www.downmx.com/caracteristicas-del-sd/>
13. <http://www.fundacioncarol.org/causas-del-sindrome-de-down.html>
14. <http://www.gestiopolis.com/canales6/emp/proyectos-factibles-o-viables.htm>
15. <http://pequelia.es/6280/la-alimentacion-en-ninos-con-sindrome-de-down>

ANEXOS



1.20

UN dólar Americano CON
VEINTE Centavos

77www(?!)*

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

NOMBRES: ~~ESPINOZA~~ MORENO ARREAGA MAYRA NEREYDA

SERIE U-B N:

FACULTAD: 1002

17/05/2012 11:49:21

Guayaquil, 17 de Mayo del 2012

Doctor.

Washington Escudero D.

Decano de la Facultad Piloto de Odontología

En su despacho.-

De mis consideraciones.

Yo, **Moreno Arreaga Mayra Nereyda** con numero de C.I. **0921019295**, alumna del **QUINTO AÑO PARALELO # 1**; de la carrera de Odontología, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACION**, previo a la obtención del titulo de Odontologo, en la materia de **Odontopediatria**.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,

Moreno Arreaga Mayra Nereyda

C.I. 0921019295

Se le ha designado al Dr. (a) Alba Gomez para que colabore en su trabajo de graduación.

Dr. Washington Escudero D.

DECANO

C9-0092378

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL - C.I. 0921019295 - A.J. 2008 - TEL. 2101780

